附件1

新乡医学院第二附属医院

河南省精神病医院

卫生技术人员进修申请考核表

进修科目

姓 名

选送单位

起止时间

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 照片 |
| 学历 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 科室 |  |
| 参加工作时间 |  | 从事精神卫生工作时间 |  |
| 单位电话 |  | 本人电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 个人简历 |  |
| 选送单位填写 | 政治表现 |  |
| 业务外语能力 |  |
| 选 意送单位 见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 接 意受 单位 见 |   （盖章） 年 月 日 |

结业考核和鉴定

|  |  |
| --- | --- |
| 个人鉴定 |  年 月 日 |
| 进修科室鉴定 | 出勤情况：全勤 天，病事假 天， 旷工 天。成绩考核： 科室主任签字： 年 月 日  |
| 组织鉴定 |   （盖章） 年 月 日 |

注：本表用A4纸打印，一式两份。